

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 695

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE-MARIE-LOUIS-JOSEPH-ABEL DUMONT

Né le 1^{er} Mars 1903, à Condom (Gers)

URANOSTAPHYLORRHAPHIE
ET
LAMBEAUX PALATINS

Président: M. LENORMANT, Professeur.

LES PRESSES MODERNES
90, GALERIE BEAUJOLAIS
PARIS

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MAURICE-MARIE-LOUIS-JOSEPH-ABEL DUMONT

Né le 1^{er} Mars 1903, à Condom (Gers)

URANOSTAPHYLORRHAPHIE

ET

LAMBEAUX PALATINS

Président: M. LENORMANT, Professeur.

LES PRESSES MODERNES
90, GALERIE BEAUJOLAIS
PARIS

1936

Le Doyen M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LÉPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Hydrologie	BESANÇON Justin.
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Melle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE		BROCQ.....	
AUBERTIN...		CADENAT....	
BRULE		GATELLIER..	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT ...		MOURE.	
DUVOIR.....		QUENU.....	
CHABROL....		SCHWARTZ...	
LIAN.....		VELTER... ..	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.....			
SÉZARY.....			
MM ECALLE.....	}		} Clinique obstétricale
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LEVY-SOLAL.....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Éducation physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.
Stomatologie	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

En hommage de reconnaissance filiale.

A MA MÈRE

En toute affection.

A MON FRÈRE

ALTER EGO

A MON ONCLE ET PARRAIN

ABEL DUMONT

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

dans le service duquel cette thèse a été menée à bien.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉCAMIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage d'affectueux dévouement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage:

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Externat:

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

(in memoriam)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPOINTE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURER

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD

MONSIEUR LE DOCTEUR FÈVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

Internat à l'Hôpital Saint-Michel:

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉCAMIER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

Nous nous proposons de montrer ici le bien-fondé et l'utilité de la taille des lambeaux palatins dans l'uranostaphylorrhaphie.

Cette utilité, nous chercherons d'abord à la démontrer au point de vue opératoire, puis au point de vue phonétique, et, après avoir rappelé les méthodes chirurgicales qui ont usé de ce procédé et ce que leurs auteurs en attendaient, nous nous permettrons d'indiquer une légère modification de technique, qui, dans les observations que nous rapporterons, semblent avoir facilité la taille et le décollement de ces lambeaux palatins et avoir augmenté leur épaisseur et leur longueur.

Historique

La staphylorrhaphie aura fait couler beaucoup d'encre depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et il n'est que de consulter la magistrale compilation de DORRANCE, de Philadelphie, dont la bibliographie ne comporte pas moins de cent quatorze pages de texte serré, pour s'apercevoir du nombre des chirurgiens qui ont tenté, avec des fortunes diverses, de fermer les palais fendus.

Venus après tant d'autres, trois noms surnagent cependant, qui ont désigné, et désignent encore, trois types d'opération, basées chacune sur des principes différents: LANGENBECK, BROPHY et LANE.

1. L'américain BROPHY, qui est notre contemporain, a fait dans sa vie plus de sept mille opérations pour bec de lièvre ou division palatine.

Le principe de sa méthode consistait à rapprocher les maxillaires par des fils d'argent noués sur des lames de plomb. Pour le voile, il s'en tenait à la méthode de LANGENBECK.

BROPHY opérait les enfants avant le troisième mois puisque sa méthode n'était applicable qu'aux os encore malléables du nouveau-né.

Il traversait et lésait généralement les germes dentaires.

Actuellement, sa méthode ne jouit d'aucune faveur dans les milieux chirurgicaux. Son gendre, LOGAN, défend actuel-

lement ses principes, mais ses opérations ne suivent que de très loin la méthode de son beau-père.

2. Le chirurgien anglais LANE, pour occlure la fente, reconstitue un plan supérieur, nasal, avec un lambeau qu'il taille sur la voûte palatine. La taille de ce lambeau englobait généralement les alvéoles dentaires chez les tout jeunes enfants et laissait, de plus, une très large surface cruentée au contact du milieu septique de la bouche.

Il en résultait ainsi fréquemment des infections graves, et le lambeau, mal nourri, se sphacelait parfois.

Il faut surtout retenir de cette méthode le fait d'avoir reconstitué un plan supérieur, nasal, laissé au contact du squelette. Cette idée sera reprise ultérieurement.

3. Nous n'avons fait que citer les méthodes de BROPHY et de LANE.

Pour suivre un ordre chronologique, il nous aurait fallu commencer par la méthode de LANGENBECK, « le père de la staphylorrhaphie » (1810-1887).

Cette méthode, mise au point par LANGENBECK, en 1863, a été introduite en France par TRÉLAT.

Les principes de cette méthode sont les suivants:

— Incision du bord externe de la voûte, en dedans des arcades dentaires, respectant un pédicule antérieur pour l'artère palatine antérieure.

— Décollement de la voûte palatine.

— Avivement du bord interne.

— Suture de la muqueuse buccale.

Le Professeur DELBET a bien montré que la suture médiane n'était rendue possible que par l'abaissement des lambeaux.

Ce qui s'oppose à cet abaissement, c'est la muqueuse nasale qui passe sur le squelette en forme de voûte. Elle doit être nécessairement rompue.

LANGENBECK le faisait inconsciemment, sans s'être rendu compte qu'il abaissait le lambeau.

Les anglais sectionnaient la muqueuse chirurgicalement. BERRY le faisait avec des ciseaux, OMBREDANNE a décrit un quart de tour avec un bistouri coudé. La laxité des lambeaux était encore aidée par la ténotomie (BILLROTH) ou l'abrasion des crochets ptérygoïdiens.

Tout récemment, le Professeur AXHAUSEN, chargé du service de « Kieferchirurgie » de la « Charité » de Berlin, a redonné un nouveau lustre à l'opération de LANGENBECK, qui était attaquée comme nous allons le voir plus loin.

Il a soutenu qu'il faisait la véritable opération de LANGENBECK, parce qu'il conservait le pédicule antérieur du lambeau, ce qui lui permet, dit-il, de faire « un pont » qui est le principe même de la méthode de LANGENBECK.

Il est arrivé à suturer entièrement ses palais sans abaisser le lambeau buccal et c'est en cela qu'il apporte un fait nouveau dans la vieille méthode berlinoise.

Mais dans ses opérations, il a emprunté aux méthodes nouvelles la suture de la muqueuse nasale et surtout la suture musculaire qu'il pratique d'une façon soigneuse et complète. Il dit qu'il fait la méthode allemande, mais, en réalité, il a complété la méthode nationale par des emprunts essentiels à la méthode de chez nous.

De plus, aidé dans ses opérations par un service admirablement organisé au point de vue prothèse dentaire, il de-

mande à un appareillage immédiat et rigoureux le succès de ses sutures.

Nous voici donc en présence de trois méthodes partant chacune d'un principe dicérent. En fait, nous ne discuterons que la méthode de LANGENBECK, car elle est encore appliquée ectuellement, et malgré les modifications parfois très importantes apportées par les élèves de LANGENBECK, les principes de la méthode restent les mêmes.

Anatomie

Pour discuter avec fruit cette méthode, il nous faut parler succinctement de la région opératoire et voir quelles possibilités physiologiques il faut attendre d'une bonne staphylorrhaphie.

La région opératoire se divise naturellement en deux parties très distinctes:

1) Le palais dur. Formé par les lames palatines et l'os maxillaire. Cette région est tapinée sur sa face buccale par une muqueuse glandulaire inégalement adhérente à l'os sous-jacent.

La muqueuse buccale, ordinairement épaisse, est très adhérente au périoste.

Au contraire, la muqueuse nasale, fine et mince, se décolle très facilement de l'os lisse.

2) Le palais mou. Formé par l'amas musculo-glandulaire des muscles du voile. Pharyngostaphylin. Péristaphylin interne et accessoirement azygos de la luette et glosso-staphylin.

Les muqueuses, nasale et buccale, qui tapissent le voile se continuent l'une par l'autre sans solution de continuité.

La région est irriguée par :

1) La palatine supérieure descendante, branche collaté-

rale de la maxillaire interne, elle descend dans le canal palatin postérieur où elle se divise.

2) La palatine ascendante, branche de la faciale qui irrigue tous les muscles du voile.

3) La sphéno palatine, branche terminale de la maxillaire interne, est l'artère de la cloison.

Physiologie

I. — DU VOILE.

Le voile du palais fendu, ou plutôt, les deux demi-voiles, sont courts. Très souvent même, lorsqu'il s'agit d'une division palatine accompagnant un bec-de-lièvre unilatéral total, l'un des demi-voiles est plus court que l'autre.

Les auteurs allemands voient dans cette brièveté du voile le fait d'un arrêt de développement embryologique. Cependant, les dissections faites au niveau de ce demi-voile montrent que tous les muscles normaux existent à la naissance.

Par contre, si l'on dissèque des demi-voiles d'individus de plus en plus âgés, on s'aperçoit que les muscles, déjà atrophiés dans la seconde enfance, disparaissent presque entièrement à l'âge adulte.

Ceci amène à penser que les muscles s'atrophient simplement par manque de fonctionnement. Dans un palais normal, les péristaphylins internes, réunis sur la ligne médiane, forment une sangle solide qui tire sur le voile. Cette traction sur le voile est à l'origine de son allongement.

A la longueur du voile normal s'ajoute sa mobilité. Cette mobilité, utile dans la succion du jeune enfant, dans la déglutition, et surtout dans la phonation, est le fait de la musculature du voile.

Si la musculature est intacte, le voile est mobile.

II. — DE LA VOUTE

Au contraire, la voûte, partie fixe et immobile de ce tout est indilatable. La fermeture d'une fente de la voûte ne sera donc qu'un « cache-misère ». Il s'agit de se servir d'un plan X pour fermer une fente muqueuse qui devrait être osseuse.

CRITIQUE DU LANGENBECK

Les reproches que nous adresserons à la méthode de LANGENBECK sont les suivants :

1) La muqueuse nasale qui retient le lambeau et ne permet pas de l'abaisser est toujours plus ou moins lésée après un LANGENBECK classique. Voici donc un plan inutilisable pour la fermeture de la fente.

2) Les lambeaux une fois taillés s'abaissaient d'eux-mêmes et restaient dans cet état. La surface cruentée ainsi mise à découvert était énorme et la partie antérieure de la fente restait sans fermeture. Les trous antérieurs étaient donc de règle dans les fentes larges.

3) La mobilité du voile n'était pas respectée, car le décollement de la muqueuse nasale et les tiraillements auxquels on soumettait les lambeaux amenait une sclérose secondaire et le voile reconstitué était dur et rigide, blanchâtre, immobile. C'était aussi un voile court.

Un des grands mérites de M. VEAU aura été de conserver les rapports anatomiques du voile, de les recréer plutôt et d'avoir ainsi pu obtenir une mobilité que l'on admire chez ses opérés. Mais si sa méthode a apporté une véritable révolution dans l'opération de la straphylorrhapie, c'est pour avoir eu l'idée de remonter les lambeaux palatins au plafond osseux.

Nous tâcherons à montrer dans les lignes qui vont suivre que la méthode de M. VEAU réalise un progrès énorme au point de vue fermeture de la voûte, encore qu'elle soit strictement anatomique pour la suture du voile.

MÉTHODE DE M. VEAU

Nous la décrivons succinctement, car elle est actuellement universellement connue et très généralement appliquée.

Elle est basée :

a) *Pour le voile*, sur une suture soignée de la muqueuse nasale et de la muqueuse buccale, enfermant une troisième suture, métallique, qui englobe et rapproche les muscles des deux demi-voiles.

b) *Pour la voûte*, sur une suture de la muqueuse nasale réalisée aussi loin en avant qu'elle peut l'être, et sur un affrontement de la muqueuse buccale qui est le fait de l'ascension des lambeaux au plafond osseux.

Premier temps : Mise en place d'un fil de bronze passant sous la muqueuse nasale et laissant en avant de lui la totalité des muscles du voile. Ce fil de bronze sera ultérieurement passé entre la muqueuse buccale et les muscles, de manière à tenir ainsi dans son anse la masse musculaire totale des deux demi-voiles. Il ne sera serré qu'au dernier temps de l'opération.

Deuxième temps : Avivement du bord libre des deux demi-voiles et séparation totale en deux muqueuses distinctes l'une de l'autre et pouvant être suturée séparément.

Troisième temps : Suture de la muqueuse nasale d'avant en arrière par des points noués sur la face nasale de la mu-

queuse. Suture de la muqueuse buccale, après serrage du fil de bronze, par des points noués sur le côté buccal de la muqueuse.

RÉSULTATS

Cette méthode a pour résultats habituels:

I. — *Au niveau du voile.*

Une fermeture obtenue dans tous les cas et une coalescence des muscles péristaphylins internes sera la ligne médiane, cause de traction sur le voile et d'abaissement de celui-ci.

Les seuls échecs enregistrés à ce temps opératoire proviennent uniquement d'une mauvaise mise en place du fil de bronze.

C'est là, en effet, le point délicat de la technique. Il faut une certaine habitude manuelle pour prendre la totalité des muscles et passer sous la muqueuse nasale sans la léser.

Sur un sujet profondément anesthésié, le pharynx a perdu ses réflexes et les muscles du voile ne se contractant plus, il est possible de ne pas les prendre tout entiers. Au moment de serrer le fil de bronze, celui-ci coupe, et la coalescence au milieu ne se fait pas où est insuffisante.

Secondairement, les grosses infections, les bronchopneumonies ou l'otite et les maladies infectieuses, rougeole et surtout varicelle, peuvent amener des désunions.

Ces faits sont heureusement rares.

II. — *Au niveau de la voûte.*

Plusieurs cas sont ici à envisager.

a) La fente est étroite. Dans ce cas, le plus simple, la

double suture de la muqueuse nasale et de la muqueuse buccale est largement suffisante pour former la fente.

Cette double suture enfermant dans une gaine les lames palatines, le bourgeonnement se fait très rapidement et les risques d'infection sont réduits à un minimum.

Les échecs enregistrés à ce niveau sont le fait du chirurgien, soit qu'il ait dilacéré la muqueuse nasale en la séparant de l'os, soit qu'il l'ait déchirée en passant les points de catgut.

b) Nous dirons qu'une fente est large lorsqu'elle mesure entre 10 et 14 millimètres. Dans ce cas, le décollement de la muqueuse nasale ne donne pas assez d'étoffe pour former en avant un plan continu. Il faudra alors avoir recours à la taille des lambeaux palatins pour occlure la partie antérieure de cette fente.

c) Le palais peut n'être que modérément fendu. La fente ne va, par exemple, que jusqu'à l'union de la voûte et du voile, c'est-à-dire à l'union du palais dur et du palais mou. Mais de ce point extrême de discision jusqu'au trou palatin antérieur s'étend une zone de muqueuse translucide, très fragile, connue sous le nom de « zone pellucide ». A cet endroit, les muqueuses nasale et buccale sont intimement jointes, accolées. Il y a quasi-impossibilité de les individualiser.

Dans ce cas, le fait d'aviver le bord interne des deux demi-voiles jusqu'en haut de la fente, va créer un orifice au niveau de l'union de la voûte et du voile.

Cet orifice est très difficilement suturable ; nous avons dit, en effet, que cette muqueuse était fragile, elle coupe sous le fil et il en résulte secondairement un trou le plus souvent permanent.

Dans les deux derniers cas que nous venons de citer, soit que l'étoffe soit insuffisante, soit qu'elle soit trop fragile, on est amené à la taille des lambeaux palatins.

TAILLE DES LAMBEAUX PALATINS

Nous citerons plusieurs manières de tailler les lambeaux palatins.

1) On fait deux incisions latérales le long du bord interne des arcades dentaires. Ces incisions partent en dehors de l'artère palatine postérieure pour aboutir en avant, laissant un pédicule antérieur pour la palatine antérieure.

C'est le lambeau palatin tel que le pratique AXHAUSEN, il n'offre que peu d'étoffe, aussi le chirurgien allemand demande-t-il à la prothèse une assurance contre les risques de désunion de ses sutures.

2) On peut faire aussi une incision semi-circulaire le long de la face postérieure des arcades dentaires, suivant un fer à cheval à concavité postérieure.

La muqueuse sera entièrement décollée des lames palatines. Les artères palatines antérieures sont coupées.

C'est l'incision que décrit DORMANCE lorsqu'il fait ce qu'il appelle « the push back operation ».

Au point de vue opératoire, ce lambeau, d'un seul tenant, n'a pas les qualités plastiques nécessaires pour fermer la fente en avant.

Nous insisterons encore sur la différence essentielle qui sépare cette précédente façon de tailler les lambeaux, de celle que nous allons décrire.

Autrefois, les chirurgiens croyaient que la meilleure ar-

tère du lambeau était la palatine antérieure. Nous savons aujourd'hui qu'il n'en est rien.

M. VEAU a exposé dans son livre comment il a été amené à rompre le pédicule antérieur de LANGENBECK.

L'exposé très complet de ces premières observations montre par le détail l'évolution successive de la méthode qui a commencé par les incisions de LANGENBECK pour finir par la taille des lambeaux telle que nous la pratiquons.

3) L'incision et le décollement sont ceux que pratique DORRANCE. L'incision part en dehors de l'artère palatine postérieure et suit au plus près le rebord alvéolaire suivant un fer à cheval à concavité postérieure. Cette incision se réunit à celle de l'autre côté. Chez les enfants, avant la sortie des dents de lait, il faut faire très attention de ne pas comprendre dans l'incision tout ou partie des germes dentaires, car ils seraient irrémédiablement lésés.

PICHLER, de Vienne, qui opère surtout de grands enfants et des adultes, n'incise pas la muqueuse, il se contente de la rompre sur tout le pourtour du rebord gingival interne.

Mais, contrairement à la pratique de DORRANCE dans le « push back », le lambeau total sera divisé d'avant en arrière suivant une ligne artéro-postérieure, c'est-à-dire suivant la direction de la fente. Ces deux demi lambeaux pourront être beaucoup plus facilement remontés et collés au plafond osseux, car ils sont mobiles l'un par rapport à l'autre et peuvent se chevaucher au niveau de la fente à fermer.

Les lambeaux, décollés à la rugine ou au crochet provoquent une hémorragie, du fait du décollement périosté et aussi du fait de la rupture de l'artère palatine antérieure.

Cette hémorragie est très facilement arrêtée par quelques instants de compression sur le plan osseux sous-jacent.

Nous avons déjà dit que ce qui empêchait l'abaissement du lambeau dans la taille de LANGENBECK était la muqueuse nasale passant en voûte sur le plan osseux ; ce qui empêche le lambeau que nous venons de tailler de venir au milieu se coapter avec le lambeau opposé c'est le tronc palatin postérieur qui le retient en dehors.

Il fallait donc trouver une façon de déplacer le lambeau vers le milieu sans léser l'artère palatine postérieure.

M. VEAU y est parvenu par l'allongement du tronc palatin postérieur. Une traction effectuée sur le tronc à sa sortie du trou palatin postérieur allonge les vaisseaux de deux à trois millimètres. Le lambeau de l'autre côté étant traité de la même manière on gagne ainsi quatre ou cinq millimètres d'étoffe qui permettent une parfaite coaptation au milieu.

FIXATION DES LAMBEAUX AU PLAFOND

Pour remonter les lambeaux au plafond osseux, plusieurs procédés sont employés.

a) On peut faire passer un fil par la narine et le nouer sur un bourdonnet de gaze.

b) L'on peut encore fixer les lambeaux par deux crins prenant les tranches de la muqueuse nasale et noués sur la face buccale du lambeau.

c) ROSENTHAL, de Leipzig, passe un ou plusieurs crins entre les dents ou leurs alvéoles et, sous cette sorte de trame, bourre une mèche de gaze iodoformée.

d) Actuellement, nous avons trouvé un procédé excessi-

vement commode d'appliquer les lambeaux en les protégeant.

Une mèche de gaze iodoformée de dix centimètres de long environ, est trempée extemporainement dans une solution de collodion et est ensuite modérément tassée contre les lambeaux palatins. Il suffit d'attendre une minute pour que le collodion soit pris. Cette pratique a l'avantage de faire une légère compression des lambeaux, d'être très plastique au moment de sa pose et ensuite protectrice par sa dureté.

Le bouchon ainsi formé tombe de lui-même vers le septième jour ou bien il est enlevé sans difficulté vers le même temps.

PHONÉTIQUE

D'après ce que nous avons vu précédemment, il serait logique de penser à réserver la taille des lambeaux palatins aux cas difficiles, aux fentes larges.

Mais on s'est aperçu, au point de vue phonétique, d'une grande différence entre les résultats des palais dont les lambeaux avaient été décollés et des palais simplement fermés par la suture musculaire et la double suture nasale et buccale en avant. C'est à tel point que les statistiques des résultats phonétiques sont les suivantes:

I. — Première centaine de divisions de la voûte. Le décollement des lambeaux n'est pratiqué que quand il est nécessaire pour fermer la fente antérieure.

Résultats phonétiques = 38 % de phonations normales.

II. — Deuxième centaine de divisions de la voûte. Le décollement des lambeaux est appliqué systématiquement.

Résultats phonétiques = 67 % de phonations normales.

Ceci amène à considérer comme juste la thèse de DORRANCE. Le « push back » allonge vraiment le voile, mais il est insuffisant à lui seul et devra être accompagné de la suture musculaire.

OPÉRATIONS EN DEUX TEMPS

Nous venons de voir la manière de fermer le voile et la voûte dans tous les cas, mais, ce faisant, nous avons supposé que tous les lambeaux étaient plastiques, que tous les lambeaux étaient suffisamment épais pour être facilement décollés et suturés.

Ceci n'est pas la vérité. Dans beaucoup de cas et surtout dans les fentes larges, les lambeaux palatins sont très minces et laissent prévoir une grande difficulté de coaptation et de suture.

Beaucoup de chirurgiens ont tenté d'épaissir ces lambeaux et de les empêcher de saigner en les décollant plusieurs jours avant de faire la suture.

JULIUS WOLFF (1836-1902) qui pratiquait le LANGENBECK classique est le père de cette méthode en deux temps. EHRMAN en fut le vulgarisateur en France. Certains chirurgiens ont même pratiqué plusieurs décollements successifs.

CRITIQUE

Cette opération en deux temps n'avait pas que des avantages. Il suffit de songer que l'on opère des enfants pour avoir des reproches à lui faire. Double anesthésie à 24 ou 48 heures d'intervalle. Les températures des lendemains d'intervention s'en ressentaient, il fallait donc attendre plusieurs

jours avant de pratiquer la seconde opération ; les lambeaux œdédiés, mal nourris, flottaient dans la bouche et étaient en contact constant avec la langue qui exerçait sur eux des suctions continues.

L'infection est facile dans un milieu septique comme l'est normalement la bouche.

Il a donc paru intéressant au D^r RÉCAMIER de remplacer le décollement brutal des lambeaux par une méthode de dilatation douce et progressive, amenant le même œdème local et par conséquent le même épaississement. Il s'est adressé pour cela à des tiges de lamineires placées sous la muqueuse buccale la veille de l'opération.

C'est cette méthode que nous décrivons maintenant. Les observations que nous rapporterons ensuite en montreront les résultats.

TECHNIQUE DE LA POSE DES LAMINAIRES

1) Matériel chirurgical. Il est très simple :

Deux pinces de Péan.

Une paire de forts ciseaux.

Un bistouri.

Une sonde cannelée dont on aura coudé à angle droit les trois derniers centimètres.

Un ouvre-bouche. Les ouvre-bouches ordinaires ne tiennent en place que si le sujet a déjà des dents et se déplacent très facilement ; de plus, ils nécessitent un aide pour les maintenir. Nous nous servons du grand ouvre-bouche de REVERDIN qui se trouve dans les trousses de staphylorrhaphie.

2) Les tiges de lamineires employées sont celles du com-

merce. Nous les conservons dans l'éther iodé jusqu'au moment de s'en servir. Leur diamètre sera de deux à trois millimètres, leur longueur de un à deux centimètres. Une de leurs pointes sera taillée en biseau pour faciliter la mise en place.

3) Le sujet à opérer, à jeun de préférence, sera placé sur la table d'opération et bien éclairé.

4) L'anesthésie à pratiquer a été le gros problème de cette méthode.

Le chloroforme avec lequel ont été endormis les sujets des premières observations a amené des vomissements et de la température le lendemain. Il nous a paru inutile de faire courir à l'enfant le double risque d'une anesthésie générale pour un temps opératoire qui, bien mené, ne dure guère que cinq minutes. Dans quelques cas, le chloroforme a été donné « à la Reine ». Il faut se méfier, dans ce cas, de ne pas aller jusqu'à la période d'excitation de l'anesthésie, car à ce moment le trismus empêche la mise en place de l'ouvre-bouche.

Nous avons essayé l'anesthésie locale. La solution employée était la Novocaïne à 1/100. Il est très difficile de pousser quelques gouttes d'anesthésique entre la muqueuse buccale et le plancher palatin, car la muqueuse est très adhérente au périoste et les gouttes de Novocaïne qui tombent inévitablement dans le pharynx provoquent immédiatement un réflexe nauséeux très gênant.

Dans plusieurs cas, surtout chez de grands enfants, nous avons posé les lamineires sans aucune espèce d'anesthésie et nous avons été surpris du peu de sensibilité de la muqueuse palatine à la douleur. Il va de soi que chez les enfants très pusillamines il faut endormir.

4) La pose des lamineires s'effectue très facilement. On

ponctionne au bistouri la muqueuse buccale pour créer une porte d'entrée, puis avec la sonde cannelée on décolle la muqueuse et on fait ainsi une logette, légèrement plus grande que la tige de lamineaires. A l'aide d'une pince, il n'y a plus qu'à mettre la tige en place.

5) Nous verrons, après les observations ci-dessous, à indiquer des directives pour la position à donner aux tiges de lamineaires.

Dans presque tous les cas ci-dessous, les lamineaires ont été laissés en place douze heures. Cela suffit pour qu'une lamineaire de trois millimètres de diamètre atteigne sept à huit millimètres. Le décollement créé par cette distension est suffisant dans la plupart des cas.

Observations

1. André M..., 18 mois. — Op. le 20 Mars 1934.

Fente de 14 m/m, lambeaux de 12 m/m. On place, la veille, une laminaire très en avant et à gauche. L'opération se passe bien, la fente est fermée, sauf au milieu où la muqueuse nasale se rompt. Mort le deuxième jour après l'opération par « pâleur et hyperthermie ».

2. Claude C..., 7 ans. — Op. le 22 Mars 1934.

Pose, la veille, de deux lamineires, la droite mal enfoncée est trop volumineuse. La dilatation provoquée est très bonne. Le fil de bronze de la suture musculaire casse au moment d'être serré. Résultat médiocre.

3. Roger P..., 7 ans — Op. le 18 Avril 1934.

Déjà opéré deux fois. Le voile est très scléreux. Un gros trou en avant et à gauche. Deux tiges de lamineires posées la veille permettent de fermer le trou antérieur. Le voile reste très peu mobile.

4. Hélène F..., 5 ans — Op. le 17 Avril 1934.

Fente de 13 m/m. Lambeau de 12 m/m. Deux lamineires placées à la partie antérieure de la fente n'ont pas dilaté la partie moyenne du lambeau. Il en résulte un trou à l'union de la voûte et du voile.

5. Jacques R..., 8 ans. — Op. le 22 Avril 1934.

Division large de la voûte. Deux lamineaires sont placées aussi près que possible du bord de la fente. La lamineaire droite, insuffisamment poussée, a dilaté l'orifice d'entrée. Résultat malgré tout très intéressant, car il y a tellement d'étoffe, le lendemain, que la nasale et la buccale, une fois décollées, se croisent. La taille des lambeaux est cependant pratiquée, mais paraît inutile au point de vue opératoire.

6. Claude N..., 21 mois. — Op. le 23 Avril 1934.

Division de la voûte 12 m.m. Lambeau 10 m.m. Pose de deux lamineaires au bord de la fente, le décollement est très facile. La muqueuse nasale croise d'un bout à l'autre sans tirer, mais les muscles ont été mal pris. L'œdème provoqué par les lamineaires est trompeur, car il donne une fausse épaisseur au voile. La partie antérieure de la fente est fermée, mais il se produit un trou au niveau du fil métallique.

7. Claude P..., 6 ans. — Op. le 1^{er} Mai 1934.

Fente large. Deux lamineaires sur les bords des lambeaux ne saignent pas au décollement. Se ferme bien. Excellent résultat.

8. Thérèse B..., 8 ans. — Op. le 8 Mai 1934.

Pose de deux lamineaires. Une courte et transversale à gauche, placée à l'union de la voûte et du voile, une longue et longitudinale le long de la fente à droite. La muqueuse nasale se décolle très bien. Il se produit un sphacèle du lambeau gauche.

9. Monique D..., 2 ans. — Op. le 15 Mai 1934.

Deux lamineires. La gauche oblique par rapport au lambeau. La droite le long du bord. La droite a mieux dilaté que la gauche.

10. Claude B..., 16 mois. — Op. le 23 Mai 1934.

Deux lamineires, l'une oblique, l'autre longitudinale. Ces lamineires sont placées trop en avant et trop en dehors de la fente. Le décollement se fait bien malgré cela et le résultat est bon.

11. Esther G..., 2 ans. — Op. le 27 Mai 1934.

Deux lamineires mal enfoncées, expuises le lendemain par l'orifice d'entrée. Le décollement n'intéressait que la partie antérieure des lambeaux. Un très gros trou à l'union de la voûte et du voile.

12. Antoinette L..., 3 ans. — Op. le 1^{er} Juin 1934.

Fente de 13 m/m. Deux lamineires mieux placées que les précédentes, donnent beaucoup d'étoffe. La fermeture devient facile. Un petit trou temporaire à l'union de la voûte et du voile.

13. Jean B..., 18 mois. — Op. le 6 Juin 1934.

Deux lamineires, une plus épaisse à droite. On obtient une bonne dilatation des lambeaux, mais l'œdème va jusqu'au voile.

14. Sabine D..., 4 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 13 Juillet 1934.

Fente très large. Deux lamineires, bonne dilatation des lambeaux. Petit trou au milieu qui se ferme se...

15. Suzette L..., 4 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 16 Juillet 1934.

Division large, deux laminaires. Au moment d'opérer, on ne retrouve plus qu'une laminaire. Les lambeaux sont cependant décollés et le tamponnement final est fait à la gaze iodoformée trempée dans le collodion, comme d'habitude. Lorsqu'on enlève le tamponnement, on retrouve derrière lui la laminaire perdue qui avait macéré. Le lambeau a cependant tenu.

16. Pierre P..., 2 ans. — Op. le 16 Juillet 1934.

Deux laminaires. Bon résultat, mais l'œdème est très important.

17. Jacqueline C..., 2 ans. — Op. le 17 Juillet 1934.

Division très large, les muscles du voile sont faibles. Les laminaires, placées trop en dehors, augmentent l'ogivité de la voûte qui est, de ce fait, très difficile à atteindre. Un très gros trou au milieu de la fente. A réopérer.

18. Colette D..., 7 ans. — Op. le 11 Octobre 1934.

Deux laminaires. Décollement des lambeaux à la PICHLER (de Vienne). Mauvais résultat. Opération à reprendre presque entièrement.

19. Rosane L..., 2 ans. — Op. le 16 Octobre 1934.

Fente de 12 m.m. Lambeau de 12 m.m. Deux laminaires. Trou au milieu de la fente. Réopérée le 21 Mai 1935 avec un bon résultat définitif. La muqueuse nasale, lors de la seconde opération, est en excellent état.

20. Bernard C..., 12 ans. — Op. le 16 Octobre 1934.

Fente exceptionnellement large, 17 m/m. Une fois les lamineuses enlevées pour décoller les lambeaux, ceux-ci sont agrandis au point de déborder la muqueuse nasale de 3 millimètres au moins. Un trou temporaire au deuxième jour à l'union de la voûte et du voile. Sort en bon état.

21. Juliette H..., 6 ans. — Op. le 16 Novembre 1934.

M. VEAU place lui-même deux lamineuses le long du bord de la fente. Résultat moyen.

22. Marcelle G..., 9 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 1^{er} Décembre 1934.

Bec de lièvre unilatéral total très large. Lèvre déjà opérée. Deux lamineuses. Il se produit un gros épaissement de la muqueuse buccale qui se décolle bien. Résultat moyen. La suture paraît se sphaceler, au point qu'on laisse en place la suture métallique jusqu'au 18^e jour. Trou permanent au niveau de la fente. A reprendre.

23. Ghislaine S..., 5 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 5 Février 1935.

On place deux lamineuses le long des bords de la fente. Le lendemain, la température est à 38°7 et l'enfant a une forte gêne respiratoire. On décide d'opérer quand même. Résultat passable.

24. Jan Sj. — Op. le 13 Février 1935.

Deux lamineuses. Résultat moyen.

25. Jean P..., 23 mois. — Op. le 2 Mars 1935.

Unilatéral total, large. Lèvre déjà opérée. Mauvais mus-

cles du voile. On pratique l'opération sans pose de laminaire. Il en résulte un très gros trou à la partie antérieure de la fente, qu'il faut reprendre dans une seconde opération. Le 24 Octobre 1935, une seule laminaire est placée, sans anesthésie locale, à gauche de la fente. Après décollement du lambeau, très facilité par la laminaire, le trou antérieur est très diminué, mais il existe encore et admet un stylet fin.

26. Raymonde B..., 3 ans. — Op. le 12 Mars 1935.

Division large, deux petites lamineaires le long des bords de la fente. Le lendemain, les lamineaires ont bien décollé la nasale et la buccale, que l'on peut suturer d'un bout à l'autre. Erysypèle du nez le troisième jour après l'opération. Désunion de la muqueuse en avant du voile.

27. André P..., 7 ans. — Op. le 23 Mars 1935.

Division palatine très large. Deux lamineaires sous anesthésie locale. Pose des lamineaires très facile car l'anesthésie a décollé les lambeaux. Le lendemain, les lambeaux ne saignent pas. On peut décoller au bistouri, d'avant en arrière, la muqueuse à l'union de la nasale et de la buccale. On se rend ainsi nettement compte que la nasale a été attirée en dehors par la laminaire. Trou définitif à l'union de la voûte et du voile. Ce trou, réopéré, a été fermé la seconde fois.

28. Gérard de Saint-L..., 3 ans. — Op. le 30 Mars 1935.

Deux lamineaires sont placées pour dilater la partie antérieure des lambeaux. La muqueuse nasale se trouve le lendemain complètement dilacérée et il est impossible de la suturer. Les lamineaires ont été placées trop en arrière jusque sur la face nasale de la muqueuse.

29. Jacqueline M. . . , 4 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 6 Avril 1935.

Unilatéral total large, déjà opérée à Nancy. Deux petites lamineaires en avant de la fente. Le voile se ferme bien, mais les lambeaux se sont décollés le quatrième jour après l'opération, par suite de chute du tamponnement de gaze. Il se produit un trou très en avant, juste derrière le tubercule médian.

30. Guy R. . . , 18 mois. — Op. le 9 Mai 1935.

Division large. Deux lamineaires placées sur les bords de la fente facilitent l'opération ; mais, seul le voile a tenu : il y a un très gros trou en avant. L'enfant a été revu le 11 Mars 1936. Le trou antérieur a beaucoup diminué.

31. Gabriel V. . . , 9 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 31 Mai 1935.

Unilatéral total. Opéré à la lèvre à Alger. Deux lamineaires, la gauche a dû être aspirée par l'enfant, car elle est introuvable au moment de l'opération. Les lambeaux sont cependant bien décollés, et le résultat est excellent.

32. Jeannine H. . . , 5 ans. — Op. le 12 Octobre 1935.

Deux lamineaires, placées très en avant, pour division large de la voûte. Les lambeaux, très épais et très gonflés, sont facilement suturés.

33. Jackie P. . . , 5 ans. — Op. le 12 Octobre 1935.

Unilatéral total. Lèvre opérée à Rodez. Fente large. Deux lamineaires. La muqueuse nasale est fermée de bout en bout. Il se produit un trou au niveau du fil métallique (rare). Le trou se ferme secondairement de lui-même.

34. Odete V..., 10 ans. — Op. le 19 Octobre 1935.

Unilatéral total large. Deux lamineires permettent un bon résultat final.

35. Simone P..., 3 ans. — Op. le 22 Octobre 1935.

Unilatéral total large. Deux lamineires amènent un décollement très facile. Le nasale se ferme entièrement. Résultat anatomique parfait.

36. Christian D..., 3 ans. — Op. le 24 Octobre 1935.

Division très large. Les lamineires provoquent une bonne distension, mais la nasale ne peut cependant être fermée en avant. La buccale suffit à amener une fermeture anatomique de la fente. Bon résultat.

37. Pierrette G..., 2 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 29 Octobre 1935.

Deux lamineires. Le lenremain, l'enfant a 38°2 et les lambeaux sont couverts d'une sérosité louche. On opère malgré cela. Il se produit un petit trou à l'union de la voûte et du voile.

38. Jacques A..., 3 ans. — Op. le 14 Novembre 1935.

Bilatéral total très large. Deux lamineires donnent une bonne dilatation et l'enfant sort avec un palais entièrement fermé. Revu le 10 Mars 1936, il s'est produit dans le voile deux trous de trois à cinq millimètres qui n'existaient pas au départ?

39. Amélie le V..., 11 ans — Op. le 7 Décembre 1935.

Les lamineires ont été placées 18 heures avant l'opéra-

tion. Bonne dilatation. Plan nasal complet, le voile tient d'un bout à l'autre, il est mobile mais court.

40. Emile G..., 9 ans $\frac{1}{2}$. — Op. le 10 Décembre 1935.

La fente était si large que M. Veau ne se décidait pas à intervenir. Fente de 16 millimètres, lambeaux de 14 millimètres. Deux lamineaires le long du bord. La nasale est fermée, sauf très en avant. Bon résultat.

41. Serge G..., 5 ans $\frac{1}{2}$. Opéré le 9 mai 1936.

Division très large. Les lamineaires transforment visiblement l'aspect de la division palatine qui paraît, au moment d'opérer, plus étroite et à lambeaux épais. Mais il s'est produit un gros œdème du voile qui rend difficile la prise des muscles. La laminaire droite a été mal enfoncée, et il en résulte un gros trou à son orifice d'entrée dans le lambeau. On peut cependant faire un plan nasal complet et l'enfant sort en excellent état.

42. Robert D..., 3 ans. Op. le 19 mai 1936.

Fente très large. Pose de deux lamineaires. Malgré cela, la nasale ne se rapproche pas en avant, mais les lambeaux sont suffisamment épais. Bon résultat final.

MISE AU POINT

Les 42 observations ci-dessus vont nous permettre de donner quelques directives dans la façon de placer les lamineaires et d'indiquer ce qu'il faut éviter.

a) Lamineaires trop antérieures (Obs. 4 et 28). La partie moyenne du lambeau ne prend pas part à la dilatation.

b) Laminaires transversales (Obs. 8 et 9). Elles dilatent moins bien que les laminaires longitudinales. Dans un cas de pose transversale, il faut attribuer à la compression du tronc palatin postérieur le sphacèle du lambeau (obs. 8).

c) Laminaires trop en dehors (Obs. 17). Agissent sur les bords de la voûte, dont elles augmentent l'ogivité et ne décollent pas le lambeau à la partie intéressante, c'est-à-dire à l'union de la muqueuse buccale et de la muqueuse nasale.

d) Laminaires insuffisamment enfoncées (Obs. 2 et 5). La dilatation au lieu de se faire uniformément donne une laminaire « en sablier » avec une partie rétrécie au niveau de l'orifice d'entrée et deux parties dilatées. Dans les deux observations citées, la suture a pu être, malgré cela, menée à bien.

e) Œdème du voile (Obs. 6, 13, 16 et 22). Ce n'est que l'exagération du processus qui décolle les lambeaux. Il est simplement gênant pour parfaire la suture musculaire, car il donne une fausse épaisseur au voile.

f) D'après ce que nous venons de voir, il y a une place optima pour la pose des laminaires. Il faut les enfoncer sur le bord interne du lambeau et il faut que la laminaire suive ce bord à deux millimètres de distance environ. Elle devra se trouver mi-partie sur le voile dur, mi-partie sur le voile mou.

La dilatation permettra alors la coaptation des lambeaux au point le plus délicat, c'est-à-dire à l'union de la voûte et du voile.

A ce détail de technique, nous sommes redevables d'une observation magnifique (obs. 20). Avec une fente de 17 m m. de large, il était inutile de penser à fermer la fente sans augmenter la largeur des lambeaux,

D'une manière générale, nous avons pu voir que l'opération était améliorée, facilitée. Les retouches opératoires, toujours délicates, car la sclérose empêche les sutures, se sont trouvées réduites à un minimum.

Conclusions

I. — Dans les divisions simples du voile, la taille des lambeaux est superflue pour assurer la fermeture de la fente. Elle est utile pour allonger le voile reconstitué.

II. — Dans les divisions de la voûte, la taille des lambeaux est, pour nous, indispensable pour permettre la fermeture de la fente.

III. — Dans les fentes larges de la voûte, le décollement et l'ascension de ces lambeaux découvre une large surface à la partie antérieure de la voûte palatine. Ce fait est la cause des trous retro-alvéolaires.

IV. — AXHAUSEN a réussi à faire des uranosthaphylorrhaphies en conservant l'attache antérieure des lambeaux palatins. Il n'y arrive que par une prothèse immédiate, compliquée et difficile à appliquer.

V. — L'opération en deux temps présente des avantages dans les cas de lambeaux particulièrement minces.

VI. — Nous avons perfectionné cette opération en deux temps, par la pose de tiges de laminaires, qui créent une dilatation progressive.

Vu, le Doyen :

ROUSSY.

Vu, le Président :

LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

